

Déclaration du demandeur concernant le décès

Contrat collectif n° 901102

(Réservé à Manulife)

N° de demande : _____

1. RENSEIGNEMENTS DU TITULAIRE DU CERTIFICAT

Numéro matricole

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Le conjoint(e) ou l'ex-conjoint(e) du titulaire du certificat est-il ou était-il membre des FAC?	Oui* <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	*Si oui, inscrire son nom et son numéro matricole	et NM:
--	-------------------------------	------------------------------	---	--------

3. RENSEIGNEMENTS DU BÉNÉFICIAIRE/DEMANDEUR

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Numéro d'assurance sociale
App.	Numéro	Rue	Ville
Province	Code postal	N° de téléphone principal/jour	N° de téléphone secondaire/soirée
Lien avec la personne décédée	Adresse courriel		

4. PERSONNE DÉCÉDÉE (Cocher la case appropriée)

<input type="checkbox"/> Membre actif	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Enfant/Personne à charge
<input type="checkbox"/> Membre retraité	<input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Membre désigné(e)

5. RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse au moment du décès: (N'entrer l'adresse que si elle diffère de celle du demandeur)		
Lieu de décès (Nom de l'hôpital ou de l'institution, le cas échéant)		Date du décès (jj-mm-aaaa)

6. CAUSE DU DÉCÈS

a) Quelle est la cause officielle du décès? Veuillez préciser :

b) Décès accidentel :

Le décès était-il accidentel? Oui* Non *Si oui, veuillez faire remplir le formulaire *Déclaration du médecin traitant (DMT) concernant le décès* (8F) par un médecin pour la présente demande.

c) Maladie :

Le décès est-il le résultat d'une maladie? Oui Non

i. À quelle date la personne décédée s'est-elle plainte d'une maladie ou a-t-elle présenté des symptômes pour la première fois?

jj	mm	aaaa	Préciser :
----	----	------	------------

ii. À quelle date la personne décédée a-t-elle consulté un médecin pour la première fois en raison d'une maladie?

jj	mm	aaaa	Préciser :
----	----	------	------------

iii. À quelle date le diagnostic de la maladie ou du problème de santé a-t-il été posé?

jj	mm	aaaa	Préciser :
----	----	------	------------

d) Accouchement d'un mort-né : Indiquer le poids en grammes _____. Indiquer le nombre de semaines de grossesse _____.

S'agit-il d'un accouchement d'un mort-né? Un enfant est considéré comme mort-né à partir de **vingt (20)** semaines de gestation.

Oui* Non *Si oui, veuillez faire remplir le formulaire *Déclaration du médecin traitant (DMT) concernant le décès* (8F) par un médecin pour la présente demande.

7. À REMPLIR SEULEMENT S'IL S'AGIT D'UNE DEMANDE RELATIVE À L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

La personne à charge :

était-elle un étudiant?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel
était-elle mariée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
dépendait-elle de vous financièrement?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	*Si oui, veuillez joindre une preuve du soutien financier à la présente demande (p. ex. confirmation de couverture aux termes du régime d'assurance de soins médicaux/dentaires du militaire, etc.).
avait-elle un emploi?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel
Prénom et nom de famille de la mère :	Prénom et nom de famille du père :	

8. RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Nom et adresse de tous les médecins, autres que les médecins militaires, qui ont traité la personne décédée au cours des trois dernières années.

Nom	Adresse	N° de téléphone	N° de télécopieur

9. CONSENTEMENT DE COMMUNICATION PAR COURRIEL (s'il y a lieu)

J'aimerais communiquer par courrier électronique avec Manuvie au sujet de ma demande. J'autorise Manuvie à communiquer avec moi à l'adresse courriel inscrite au bloc 3. La correspondance pourrait contenir des renseignements personnels à mon sujet, incluant sans s'y limiter, des renseignements sur l'emploi et des renseignements médicaux et financiers.

Oui Initials : _____ Non

10. SIGNATURE (à lire et à signer pour toutes les demandes)

Déclaration et autorisation du demandeur

Les réponses et déclarations contenues dans la présente sont exactes et complètes. Je comprends que toute fausse déclaration des faits importants entraînera l'annulation de la demande. Par la présente, j'autorise la Financière SISIP et Manuvie ou ses réassureurs, aux fins strictes de la tarification et de la gestion de l'assurance et du règlement des prestations :

- a) Je comprends que le fait de remplir ce formulaire ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité de la part de la Financière SISIP ou de Manuvie;
- b) à ne recueillir que les renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès des personnes physiques et morales possédant des renseignements personnels à mon sujet, à savoir d'autres assureurs, des médecins et des établissements médicaux, du Bureau de renseignements médicaux (MIB)*, des agences d'enquête et de crédit et de toute personne ou de tout organisme qui vraisemblablement pourraient détenir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier;

- c) à ne divulguer que les renseignements personnels nécessaires qu'ils possèdent à mon sujet à ces mêmes personnes et organismes précisés au paragraphe (a);
- d) à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet.

Une copie de cette déclaration a la même portée juridique que l'original. Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.

Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, ou de la législation provinciale équivalente, et vous seront fournis sur demande.

Daté à _____ le _____ jour de _____ 20_____ .

Nom du demandeur en caractères d'imprimerie : _____

Signature du demandeur : _____

*MIB - Pour connaître la démarche à prendre pour obtenir l'information dans votre dossier ou pour y apporter des corrections, visiter le www.mib.com.

11. CONSEILLER DE LA FINANCIÈRE SISIP qui a assisté à la préparation ou à la révision de ce formulaire

Nom	Signature	jj	mm	aaaa	Succursale
-----	-----------	----	----	------	------------